

Architecture : voir les établissements de soins autrement

« Si nous pouvions informer les architectes des conséquences de leurs décisions conceptuelles sur les patients alités, ce serait déjà un grand pas en avant. Cela leur permettrait de prendre cet aspect en compte, en concertation avec le commanditaire, l'hôpital, les infirmiers... » | Geert Verrijken

Trop souvent encore, la recherche dans le domaine des médicaments porte sur des adultes moyens, omettant les enfants et les personnes âgées. L'architecture connaît un travers similaire : la conception des établissements de soins (lire aussi en page 1) prend généralement comme point de départ un jeune homme en bonne santé de 1,82 m. « Un utilisateur standard qu'on ne rencontre toutefois que rarement dans la réalité des faits », commente le Pr Ann Heylighen. « C'est pourquoi nous nous efforçons d'analyser la perception des soins chez les personnes qui ne correspondent pas à ce standard. »

Bien-être

La doctorante Margo Annemans souligne que le point de départ n'est pas tant la santé que le bien-être, rappelant que l'Organisation mondiale de la santé donne elle aussi de son objet une définition bien plus large que la seule absence de maladie. « Le bien-être peut contribuer à la santé », explique-t-elle. « Certains facteurs environnementaux peuvent s'avérer stressants ou au contraire apaisants, et influencer ainsi le processus de guérison. »



▲ Une vue sur des arbres ou des buissons réduit significativement la consommation médicamenteuse, et même la durée moyenne d'hospitalisation, en comparaison avec des malades dont la chambre donne sur un mur de briques.

Les directives architecturales actuelles sont certes fonctionnelles, mais ignorent totalement la manière dont le patient vit son séjour à l'hôpital. « Mon doctorat va s'attacher à la manière dont des personnes alitées perçoivent l'espace sur le plan visuel, de la température, etc. Comment vivent-elles par exemple le fait qu'on les déplace dans les couloirs couchées dans leur lit ? », illustre Margo Annemans.

« Les architectes s'efforcent actuellement, par analogie avec l'EBM, d'évoluer vers un « Evidence-Based Design » qui accorde une attention centrale à l'impact de l'architecture sur le bien-être. »

Vert, j'espère !

La majorité des études s'attachent toutefois à l'impact d'un seul aspect isolé et donc facile à analyser : lumière naturelle, vue sur la verdure, température, ventilation, qualité de l'air, orientation au sein du bâtiment, intégration d'œuvres d'art, fenêtres, niveau de bruit, utilisation des couleurs, type de chambre (simple ou double/commune), etc.

« Certains hôpitaux américains ou néerlandais s'efforcent par exemple de ne proposer que des chambres simples », explique Margo Annemans. « C'est bénéfique en termes de communication médecin-patient, sans compter que cela évite des situations stressantes lorsque le patient ne s'entend pas avec son voisin... Mais d'un autre côté, certaines personnes, particulièrement les sujets âgés, préfèrent séjourner en chambre double pour avoir quelqu'un à qui parler. En termes de sécurité des patients, les études livrent des résultats contradictoires. »

L'impact de la verdure sur la santé, par contre, fait l'unanimité. Une vue sur des arbres ou des buissons réduit significativement la consommation médicamenteuse, et même la durée moyenne d'hospitalisation, en comparaison avec des malades dont la chambre donne sur un mur de briques. « Des choix architecturaux qui ont un impact

sur le processus de guérison influencent donc également les coûts », souligne Margo Annemans.

Sur le terrain

S'ils sont faciles à étudier, les éléments susmentionnés ne disent toutefois rien du vécu global du patient. « C'est pourquoi nous voulons, après avoir passé en revue la littérature scientifique, réaliser des recherches de terrain », explique Margo Annemans. « Je vais sillonner des hôpitaux et réaliser des interviews ciblées de patients, d'infirmiers et de médecins. » Un travail qui permettra, ensuite, de constituer des groupes cibles. « Il est important de savoir quel type de patients nous allons examiner. Notre but est de travailler sur différents groupes d'adultes – par exemple des femmes enceintes que des raisons médicales contraignent à un alitement prolongé – ou d'interroger des visiteurs « routiniers » de l'hôpital, par exemple des patients dialysés, sur leur perception de l'espace. »

Les observations sur les groupes cibles seront ensuite comparées aux résultats d'un sondage à grande échelle, qui soumettra à l'appréciation des infirmiers, médecins et autres parties prenantes les éléments jugés importants par les malades. « Enfin, nos conclusions seront traduites en directives et recommandations architecturales – sans, évidemment, que les architectes ne doivent se focaliser sur ces guidelines », rassure Margo Annemans.

Même au bloc opératoire ?

Ces recherches vont s'intéresser tout d'abord au volet statique que constitue la chambre d'hôpital et, à l'intérieur de celle-ci, le lit du patient. « Mais un lit d'hôpital circule également dans les couloirs, ce qui lui confère une perspective dynamique. Un lit ne sert pas qu'à être couché, c'est aussi un moyen de déplacement – sans toutefois que les patients n'aient, dans ce contexte, la possibilité de prendre l'initiative. Comment le vivent-ils ? Qu'entendent-ils, que sentent et ressentent-ils ? En outre, certains malades passent toute la journée couchés à regarder le plafond, tandis que d'autres restent assis à côté de leur lit des heures durant – avec, là aussi, les quatre murs de leur chambre pour seul horizon. »

Croiserez-vous prochainement Margo Annemans au bloc opératoire ? Cela reste à déterminer. « Bien sûr, il ne servirait à rien d'impliquer dans l'étude des patients qui subissent une intervention sous anesthésie totale ; dans ce cas de figure, le bloc opératoire peut être un espace purement fonctionnel. Mais cet espace voit également passer des patients sous anesthésie locale, qu'il serait possible d'interroger. » ♦

Cette étude bénéficie du soutien de l'agence flamande pour l'innovation scientifique et technologique (IWT), par le biais d'un doctorat Baekeland, et est réalisée en collaboration entre la KU Leuven et Osar architects.

Si vous disposez d'informations utiles ou d'une expérience de cette thématique, contactez Margo Annemans (margo.annemans@asro.kuleuven.be). Les conseils quant aux sites hospitaliers où effectuer le travail de terrain sont également bienvenus.

Retour à l'hospice

Un petit retour en arrière nous apprend que, à l'origine, le seul élément thérapeutique de l'hôpital était justement l'environnement. « Ce n'est que plus tard, avec les progrès phénoménaux de la médecine, que cet aspect est passé un peu à l'arrière-plan », explique Margo Annemans. « Cette étude veut remettre en avant l'environnement et en revenir au concept original d'asile (NdT à comprendre ici en tant que lieu d'accueil, de refuge) ; au moyen-âge, ce type d'établissement se concentrait exclusivement sur les soins à la personne. Au fil du temps, l'afflux des malades est toutefois devenu si important que le séjour à l'hôpital avait plutôt tendance à aggraver les choses... » Florence Nightingale (1820-1910), qui fut à la base des soins infirmiers modernes, a joué un rôle déterminant dans ce domaine. Au cours de la guerre de Crimée, elle a introduit le principe d'espaces sanitaires où abriter les soldats blessés, avec un effet positif manifeste sur la guérison. G.V.



▲ Le Mount Zion Comprehensive Cancer center de San Francisco est un cas d'école de la manière dont les facteurs environnementaux peuvent influencer la guérison. « Au cours de la radiothérapie, les patients sont le moins possible confrontés à la technologie utilisée », explique le Pr Heylighen.